ISBN 1188–4169

Relevé des maladies transmissibles au Canada

FAX

Vol . 21-16

Date de publication : 30 août 1995

Contenu du présent numéro : *(nombres de pages: 6)*

		Pagination officielle :
CCMTMV — DÉCLARATION RELATIVE À L'IMMUNISATION DES VOYAGEURS INTERNATIONAUX CONTRE LA POLIOMYÉLITE	F-1	145 – 148
CCMTMV — LE DÉCALAGE HORAIRE	F-3	148 – 151
DENGUE ET DENGUE HÉMORRAGIQUE — VENEZUELA	F-5	151
FIÈVRE JAUNE — PÉROU	F-6	152

Les références doivent renvoyer aux numéros de page de la copie imprimée et non à ceux de la copie communiquée par télécopieur.

Comité consultatif de la médecine tropicale et de la médecine des voyages (CCMTMV)*

DÉCLARATION RELATIVE À L'IMMUNISATION DES VOYAGEURS INTERNATIONAUX CONTRE LA POLIOMYÉLITE

(Recommandations fondées sur les preuves)[1]

Le tableau clinique de la poliomyélite varie, allant de l'infection inapparente à l'atteinte neurologique grave, avec paralysie et décès. On estime que le rapport entre les infections inapparentes et les formes cliniques de la poliomyélite s'établit entre 60:1 et 1000:1[2,3,4]. La poliomyélite est une infection causée par un des trois types antigéniques d'entérovirus suivants : les poliovirus 1, 2 et 3. Elle se propage surtout par voie oro-fécale, lorsque les conditions d'hygiène laissent à désirer.

Au Canada, la dernière épidémie importante remonte à 1959, année où l'on a dénombré 1 887 cas de poliomyélite paralytique. Depuis l'introduction du vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPTI), en 1955, et du vaccin trivalent oral (VPTO), en 1962, la poliomyélite indigène est pratiquement disparue. De rares éclosions ont été signalées dans des populations qui avaient refusé le vaccin pour des raisons d'ordre religieux[5,6]. Entre 1980 et 1992, 10 cas de poliomyélite ont été déclarés au Canada[7]. On croit que neuf de ces cas étaient reliés à l'administration de vaccins[5].

Étant donné que les poliovirus sauvages ne circulent plus dans la population canadienne, il n'est plus recommandé au Canada de vacciner systématiquement les adultes contre la poliomyélite ni de leur administrer des doses de rappel, sauf dans des circonstances particulières[5]. C'est notamment le cas chez les voyageurs qui se rendent à l'étranger, dans des régions où la poliomyélite est endémique ou épidémique.

Une étude sérologique réalisée dernièrement auprès de 233 voyageurs internationaux d'origine américaine a révélé que 12 % d'entre eux n'avaient pas d'anticorps dirigés contre les poliovirus 1 ou 3[8]. Tous présentaient les anticorps contre le poliovirus 2. Les anticorps contre les trois types de poliovirus ont été détectés chez les voyageurs participants qui avaient reçu le vaccin antipoliomyélitique au cours des cinq années antérieures.

* **Membres** : D[r] S. Dumas; D[r] G. Horsman (CCE); D[r] J.S. Keystone; D[r] D. Lawee; D[r] J.D. MacLean; D[r] D.W. MacPherson (président); D[r] J. Robert; D[r] R. Saginur; D[r] D. Scheifele (CCNI); M[me] R. Wilson (CUSO).

Membres d'office : D[r] P. Percheson (DGPS); D[r] E. Gadd (DGPS); D[r] S. Mohanna (DGSM); D[r] R. Nowak (MDN); D[r] M. Tipple (CDC); D[r] C.W.L. Jeanes (secrétaire); D[r] J.S. Spika (LLCM); M[me] S. Ladouceur (agente de secrétariat du Comité consultatif); D[r] J. Losos (LLCM).

Santé Canada Health Canada

Canada

2007-02685/

Seulement 84 % des personnes qui avaient reçu une dose de rappel plus de 5 ans auparavant étaient séropositives pour les trois types. Si ces données ne peuvent être appliquées à l'ensemble de la population canadienne, elles n'en indiquent pas moins que de nombreux voyageurs pourraient n'être pas porteurs des anticorps conférant une protection contre les poliovirus.

Vu le nombre restreint de cas de poliomyélite déclarés au Canada, dont aucun ne semble associé à un voyage, il sera plus simple de préciser quels sont les sujets qui ne doivent pas être immunisés contre cette maladie en prévision d'un voyage international. Cette approche sera simplifiée d'autant à mesure qu'on progressera vers l'atteinte de l'objectif d'éradication de la poliomyélite dans le monde.

Un rapport de l'Organisation mondiale de la Santé relatif au Programme élargi de vaccination (PEV) fait état de l'incidence des cas déclarés de poliomyélite par région du monde en 1992[6]. Dans les Amériques, le dernier cas de poliomyélite indigène causé par un poliovirus sauvage a été recensé au Pérou, le 23 août 1991[7]. Aucun nouveau cas n'a été signalé depuis, malgré la surveillance intensive des cas de paralysie flasque dans la région, où aucun cas n'échappe à la déclaration. Quarante-deux des 47 pays ou régions (89 %) n'ont signalé aucun cas de poliomyélite pendant 3 ans ou plus[6]. Lorsqu'une région ne signale aucun cas pendant 3 ans, on considère que la poliomyélite n'est plus transmise dans cette région. En octobre 1994, l'Organisation mondiale de la Santé a annoncé que l'objectif d'éradication de la poliomyélite dans les Amériques avait été atteint[9].

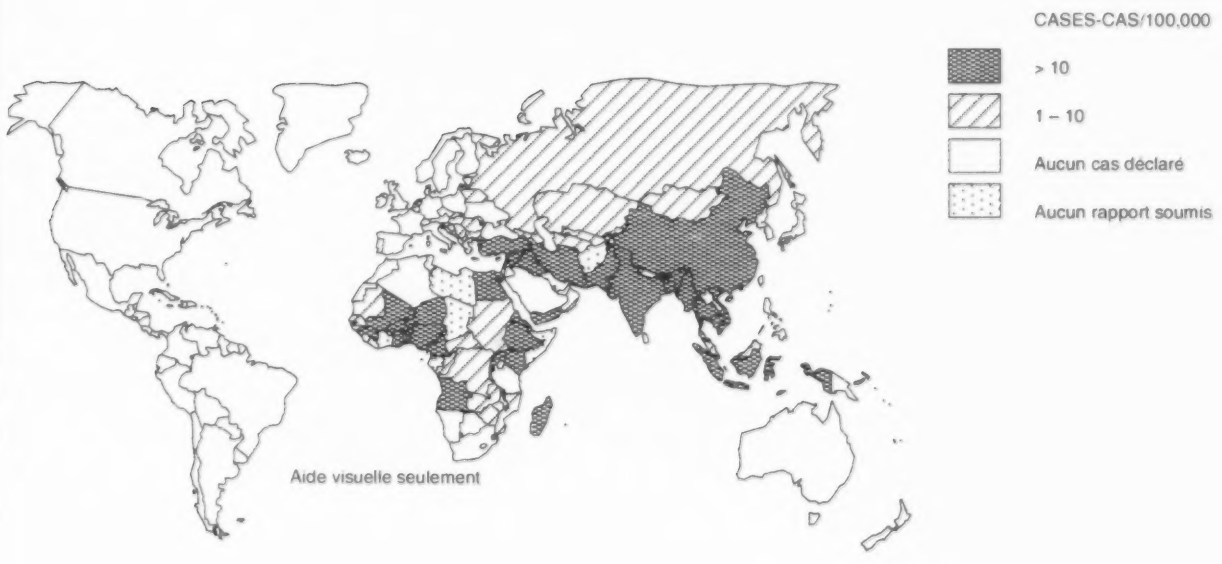
Malheureusement, dans certaines régions d'Afrique, au Moyen-Orient et en Asie, les taux de poliomyélite continuent d'osciller entre 1 à 10 cas par 100 000 habitants (figure 1). Trois cas de poliomyélite sur quatre sont déclarés par l'Inde[6].

Ces données n'indiquent pas forcément que les voyageurs internationaux risquent de contracter l'infection ou la maladie. Chez les adultes qui se rendent dans des régions où la poliomyélite est endémique ou épidémique, une évaluation attentive des activités susceptibles d'accroître le risque d'exposition à de l'eau contaminée indiquera peut-être que la vaccination primaire ou l'administration de doses de rappel est indiquée. Au nombre des facteurs qui influent sur le risque de transmission de la poliomyélite dans une région géographique figurent la durée du voyage, l'exposition probable à de l'eau insalubre et les activités pouvant entraîner une exposition accrue à des conditions non hygiéniques, comme la randonnée pédestre, la participation à un programme d'aide internationale, le fait de dispenser des soins de santé ou de faire partie d'un programme d'échanges culturels.

RECOMMANDATION 1

Vaccination primaire des enfants et, s'il y a lieu, vaccination primaire des adultes ou administration d'une dose de rappel, conformément aux recommandations du Comité consultatif

Figure 1
Incidence mondiale de la poliomyélite, 1995



national de l'immunisation[5] [fermeté de la recommandation : catégorie A; qualité des preuves : classe III[1] (voir aussi l'Annexe I)].

Usage recommandé

Nourrissons et enfants : On peut entreprendre la vaccination antipoliomyélitique au moyen du VPTI ou du VPTO. Le calendrier recommandé est le suivant : administrer le vaccin à l'âge de 2, 4 et 6 mois (omettre cette dose si l'on administre exclusivement le VPTO) et de nouveau à 18 mois, ainsi qu'une dose de rappel entre 4 et 6 ans et entre 14 et 16 ans (omettre cette dose si l'on administre exclusivement le VPTO). **Après une vaccination primaire, une revaccination est indiguée seulement dans le cas d'un adulte qui n'a reçu qu'une dose de rappel au moins 10 ans après la vaccination primaire et qui doit se rendre dans un pays étranger où la poliomyélite est endémique**.

Enfants de moins de 7 ans non immunisés pendant la première enfance : On peut entreprendre la vaccination antipoliomyélitique au moyen du VPTI ou du VPTO. Le calendrier recommandé est le suivant : vaccination à la première visite, 2 mois plus tard, 2 mois après la deuxième dose (omettre cette dose si l'on administre exclusivement le VPTO), 6 à 12 mois plus tard, à l'âge de 4 à 6 ans (omettre cette dose si les doses antérieures ont été administrées après le quatrième anniversaire) et entre 14 et 16 ans (omettre cette dose si l'on utilise exclusivement le VPTO) et, au besoin, tous les 10 ans par la suite.

Calendrier de vaccination systématique pour les enfants de 7 ans et plus, ou pour les adultes non immunisés pendant la première enfance : On peut entreprendre la vaccination antipoliomyélitique au moyen du VPTI ou du VPTO. En raison du risque de maladie associée au vaccin, on ne doit utiliser qu'avec prudence le VPTO chez un adulte non immunisé ou chez un sujet qui pourrait exposer un adulte non immunisé à la souche vaccinale. Le vaccin est administré lors de la première visite, 2 mois plus tard, 6 à 12 mois plus tard et, au besoin, tous les 10 ans par la suite.

RECOMMANDATION 2

La vaccination de rappel contre la polio n'est pas indiquée chez les personnes qui voyagent dans les Amériques[6] (fermeté de la recommandation : catégorie E; qualité des preuves : classe II).

RECOMMANDATION 3

On devrait envisager d'administrer la série primaire ou des doses de rappel aux voyageurs internationaux qui se rendent dans d'autres régions du monde où la poliomyélite est endémique ou épidémique. La décision sera prise après une évaluation du risque d'exposition au virus[6,8] (fermeté de la recommandation : catégorie A; qualité des preuves : classe II).

Références

1. MacPherson DW. *Une approche de la médecine fondée sur les preuves.* RMTC 1994;20:145-47.
2. Centers for Disease Control. *Neurotropic diseases surveillance: poliomyelitis summary, 1974-1976.* CDC, Atlanta, 1977.
3. Nathanson N, Martin JR. *The epidemiology of poliomyelitis. Enigmas surrounding its appearance, periodicity, and disappearance.* Am J Epidemiol 1979;110:672-92.
4. Melnick JL, Ledinko N. *Social serology: antibody levels in a normal young population during an epidemic of poliomyelitis.* Am J Hyg 1951;54:354-82.
5. Comité consultatif national de l'immunisation. *Guide canadien d'immunisation.* 4e éd. Ottawa (Ont.) : Santé Canada, 1993 (Approvisionnements et Services Canada, nº de cat. H49-8/1993F).
6. *Programme élargi de la vaccination : la poliomyélite en 1992.* Relevé épidémiologique hebdomadaire 1993;68:225-30.
7. *Programme élargi de la vaccination : mise à jour : éradication de la poliomyélite paralytique dans les Amériques.* Relevé épidémiologique hebdomadaire 1992;67:325-26.
8. Hilton E, Singer C, Kozarsky P et coll. *Status of immunity to tetanus, measles, mumps, rubella and polio among U.S. travelers.* Ann Intern Med 1991;115:32-3.
9. *Programme élargi de vaccination : certification de l'éradication de la poliomyélite - les Amériques, 1994.* Relevé épidémiologique hebdomadaire 1994;69:293-95.

Comité consultatif de la médecine tropicale et de la médecine des voyages (CCMTMV)

LE DÉCALAGE HORAIRE

Définition

Le décalage horaire désigne l'ensemble des symptômes physiques et psychologiques associés à la traversée rapide de multiples fuseaux horaires (méridiens). Ces symptômes sont principalement attribuables à la perturbation du rythme circadien et du cycle du sommeil.

Chez les mammifères, la régulation du rythme circadien et de l'horloge interne dépend du noyau supra-optique de l'hypothalamus[1]. Les rythmes circadiens influent sur une grande diversité de mesures et de fonctions biologiques telles que la température corporelle, la pression sanguine et la sécrétion d'hormone, et il a même été démontré qu'ils se manifestent au niveau cellulaire. Le rythme circadien n'est pas de 24 heures précises, par conséquent, dans des conditions stables et normales, l'horloge interne s'adapte chaque jour aux signaux exogènes et environnementaux (*zeitgebers*). Les signaux sociaux ainsi que l'exposition à la lumière, en particulier à la lumière vive, semblent jouer un rôle important dans la stabilisation du rythme circadien et l'adaptation de l'organisme au changement rapide de fuseau horaire. La mélatonine intervient dans la régulation physiologique du rythme circadien[2].

Symptômes du décalage horaire

Les symptômes du décalage horaire surviennent couramment lorsque l'écart entre les fuseaux horaires est ≥ 5 heures. Presque tous les voyageurs ressentent certains effets quand le décalage est important, mais la gravité des symptômes et le temps de récupération varient énormément d'une personne à l'autre. De plus, les problèmes peuvent augmenter avec l'âge[3] et il faut

généralement plus de temps pour rétablir l'équilibre circadien lors de déplacements vers l'est que vers l'ouest.

La plupart des personnes qui font des voyages transméridiens connaissent bien les symptômes du décalage horaire : perte de sommeil, difficulté à dormir et retard à adapter les habitudes de sommeil aux heures du lieu de destination, ce qui provoque de la fatigue et des symptômes connexes. Les troubles de l'humeur, l'anorexie et les malaises gastro-intestinaux sont courants. Les effets subjectifs se manifestent ordinairement pendant seulement quelques jours, mais les mesures objectives des habitudes de sommeil, de la température corporelle et des taux hormonaux révèlent que l'adaptation physiologique complète peut nécessiter une période de 14 jours. Le décalage horaire peut faire baisser le rendement, qu'il s'agisse de performances athlétiques ou de travail manuel ou intellectuel[4].

Mesures à prendre pour prévenir et atténuer les effets du décalage horaire

I. Durant le vol, on peut réduire le risque de déshydratation et accroître le bien-être en buvant suffisamment et en limitant la consommation d'alcool pour des raisons qui ne sont pas directement liées au décalage horaire même.

   On croit que certains types d'aliments, notamment les hydrates de carbone par opposition aux protéines, auraient une incidence sur les symptômes du décalage horaire, mais cela n'a pas été prouvé. L'horaire des repas peut faciliter l'adaptation.

   Les benzodiazépines facilitent l'adaptation du rythme circadien chez les hamsters, mais cet effet n'a pas été démontré chez l'être humain[5]. Le seul avantage connu de leur utilisation est d'ordre symptomatique puisqu'elles favorisent le sommeil à de nouvelles heures les premiers jours après l'arrivée. La caféine peut être utilisée pour retarder le sommeil dans un fuseau horaire différent, mais les résultats seront vraisemblablement modestes.

RECOMMANDATION 1

Il y a lieu de prévenir les voyageurs qui traverseront de multiples fuseaux horaires de la probabilité d'un décalage et des effets de celui-ci. Il faut leur conseiller de planifier les activités physiques ou intellectuelles importantes, par exemple des compétitions sportives ou des négociations cruciales, 48 heures ou plus après leur arrivée dans un nouveau fuseau horaire.

Il faut également recommander aux voyageurs d'être bien reposés et de ne pas être privés de sommeil au début de leur voyage transméridien.

Les personnes qui prévoient de séjourner plus qu'une brève période dans un nouveau fuseau horaire devraient tenter, dès leur arrivée, d'adapter leur cycle de sommeil, d'alimentation et d'activité aux heures du lieu de destination. Il est suggéré de commencer à se conformer au nouvel horaire avant le départ lorsque cela est possible. L'exposition à la lumière extérieure au lieu de destination peut s'avérer particulièrement importante (voir la recommandation 3).

On peut recourir aux benzodiazépines à action brève pour faciliter le sommeil les premières nuits après l'arrivée. Les voyageurs doivent cependant être informés des effets possibles de ce médicament sur la dextérité manuelle et l'activité intellectuelle[6] [fermeté de la recommandation : catégorie B; qualité des preuves : classe III[6] (voir aussi l'Annexe I)].

II. C'est la glande pinéale qui sécrète de la mélatonine et des récepteurs de mélatonine sont présents dans le noyau supra-optique. L'exposition à la lumière inhibe la sécrétion de mélatonine. La mélatonine est un élément de la régulation des cycles chez d'autres espèces et l'administration de mélatonine exogène affecte le sommeil et l'activité électroencéphalographique chez les humains. Les apports exogènes de mélatonine influent sur le rythme circadien chez les animaux.

   Dans le cadre de trois études comparatives randomisées d'envergure restreinte menées auprès de voyageurs aériens, dont les régimes d'administration de la mélatonine était quelque peu différents, on a constaté des réductions faibles et non uniformes des symptômes du décalage horaire[7-9]. Dans une étude réalisée en laboratoire sur de sujets humains dans un environnement contrôlé, on a découvert des différences minimes, mais significatives du changement de la température corporelle et de cycles physiologiques[10].

   L'innocuité de la mélatonine n'a pas été démontrée et elle est considérée comme une drogue expérimentale au Canada et aux États-Unis, bien qu'elle soit vendue dans les magasins de produits naturels.

RECOMMANDATION 2

On ne recommande pas d'utiliser la mélatonine pour prévenir ou réduire les effets du décalage horaire (fermeté de la recommandation : catégorie C; qualité des preuves : classe I).

III. La lumière vive, mais probablement pas la lumière artificielle, semble être un déclencheur exogène important de l'adaptation du rythme circadien[11]. La lumière vive pendant 7½ heures par jour pendant quatre jours facilite nettement l'adaptation à un horaire de nuit simulé[12]. Une seule exposition à la lumière vive améliore de façon modérée le déphasage, ainsi que la vivacité d'esprit au travail[13]. Aucune étude satisfaisante sur l'utilisation de la lumière chez des voyageurs n'a été publiée.

   Une lumière de forte intensité transmise par un panneau portable ou par un dispositif muni d'un déflecteur a été utilisée dans le traitement des troubles affectifs saisonniers[14-16]. Des craintes ont été exprimées concernant la sécurité, sur une longue période, de ces modes d'exposition à la lumière de forte intensité[17]. Au moins une entreprise vend des trousses contenant un dispositif de déflexion qui transmet de la lumière de forte intensité, des lunettes foncées pour limiter l'exposition à la lumière extérieure et des conseils aux voyageurs qui empruntent certains itinéraires.

RECOMMANDATION 3

On peut indiquer aux voyageurs que l'exposition à la lumière vive, en particulier la lumière du jour au lieu de destination, peut accélérer l'adaptation du cycle circadien et réduire les symptômes du décalage horaire (fermeté de la recommandation : catégorie B; qualité des preuves : classe II).

La sécurité et l'efficacité de la lumière artificielle comme méthode de prévention ou de traitement du décalage horaire chez les voyageurs n'ont pas été prouvées (fermeté de la recommandation : catégorie C; qualité des preuves : classe III).

Bibliographie

1. Minors DS, Waterhouse JM. *Circadian rhythms in general*. Occup Med (State of the Art Reviews in Occup Med) 1990;5:165-82.

2. Shanahan TL, Czeilser CA. *Light exposure induces equivalent phase shifts of the endogenous circadian rhythms of circulating plasma melatonin and core body temperature in men*. J Clin Endocrinol Metab 1991;73:227-35.
3. Monk TH, Buysse DJ, Reynolds CF III et coll. *Inducing jet lag in older people: adjusting to a 6-hour phase advance in routine*. Exp Gerontol 1993;28:119-33.
4. Comperatore CA, Krueger GP. *Circadian rhythm desynchronosis, jet lag, shift lag, and coping strategies*. Occup Med (State of the Art Reviews in Occup Med) 1990;5:323-41.
5. Turek FW, Van Reeth O. *Use of benzodiazepines to manipulate the circadian clock regulating behavioural and endocrine rhythm*. Horm Res 1989;31:59-65.
6. MacPherson DW. *Une approche de la médecine sur les preuves*. RMTC 1994;20:145-47.
7. Petrie K, Conaglen JV, Thompson L et coll. *Effect of melatonin on jet lag after long haul flights*. Br Med J 1989;298:705-07.
8. Claustrat B, Brun J, David M et coll. *Melatonin and jet lag: confirmatory results using a simplified protocol*. Biol Psychiatry 1992;32:705-11.
9. Petrie K, Dawson AG, Thompson L et coll. *A double-blind trial of melatonin as a treatment for jet lag in international cabin crew*. Biol Psychiatry 1993;33:526-30.
10. Samel A, Wegmann HM, Vejvoda M et coll. *Influence of melatonin treatment on human circadian rhythmicity before and after a simulated 9-hour time shift*. J Biol Rhythms 1991;6:235-48.
11. Czeisler CA, Kronauer RE, Allan JS et coll. *Bright light induction of strong (type 0) resetting of the human circadian pacemaker*. Science 1989;244:1328-33.
12. Czeisler CA, Johnson MP, Duffy JF et coll. *Exposure to bright light and darkness to treat physiologic maladaptation to night work*. N Engl J Med 1990;322:1253-59.
13. Dawson D, Campbell SS. *Timed exposure to bright light improves sleep and alertness during simulated night shifts*. Sleep 1991;14:511-16.
14. Rosenthal NE. *Diagnosis and treatment of seasonal affective disorder*. JAMA 1993;270:2717-20.
15. Joffe TJ, Moul DE, Lam RW et coll. *Light visor treatment for seasonal affective disorder: a multicenter trial*. Psychiatry Res 1993;46: 29-39.
16. Rosenthal NE, Moul DE, Hellekson CJ et coll. *A multicenter study of the light visor for seasonal affective disorder: no difference in efficacy found between two different intensities*. Neuropsychopharmacology 1993;8:151-60.
17. Terman M, Remé CE, Rafferty B et coll. *Bright light therapy for winter depression: potential ocular effects and theoretical implications*. Photochem Photobiol 1990;51:781-92.

Annexe 1

Catégories relatives à la fermeté de chaque recommandation

CATÉGORIE	DÉFINITION
A	Preuves suffisantes pour recommander l'utilisation.
B	Preuves acceptables pour recommander l'utilisation.
C	Preuves insuffisantes pour recommander ou déconseiller l'utilisation.
D	Preuves acceptables pour déconseiller l'utilisation.
E	Preuves suffisantes pour déconseiller l'utilisation.

Catégories relatives à la qualité des preuves sur lesquelles reposent les recommandations

CLASSE	DÉFINITION
I	Données obtenues dans le cadre d'au moins un essai comparatif convenablement randomisé.
II	Données obtenues dans le cadre d'au moins un essai clinique bien conçu, sans randomisation, d'études de cohortes ou d'études analytiques cas-témoins, réalisées de préférence dans plus d'un centre, à partir de plusieurs séries chronologiques, ou résultats spectaculaires d'expériences non comparatives.
III	Opinions exprimées par des sommités dans le domaine et reposant sur l'expérience clinique, des études descriptives ou des rapports de comités d'experts.

Notes internationales

DENGUE ET DENGUE HÉMORRAGIQUE — VENEZUELA

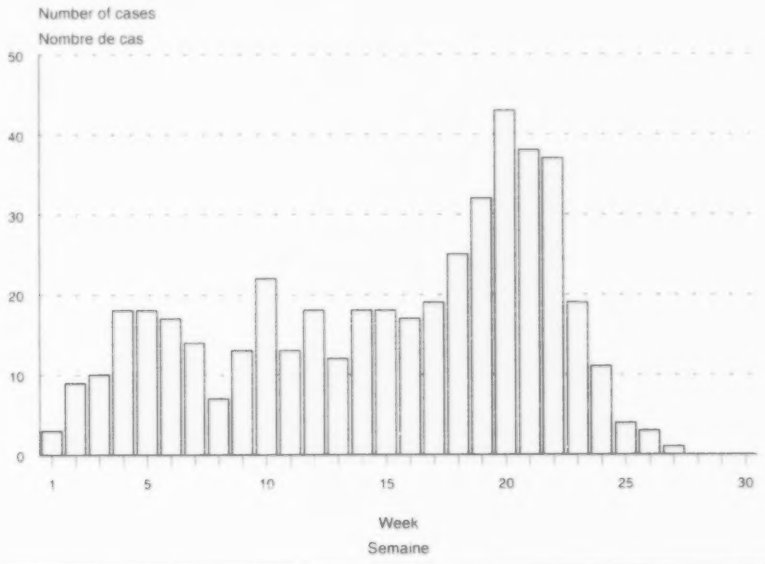
Depuis le début de l'année et jusqu'au 15 juillet 1995, 11 808 cas de dengue ont été signalés, comprenant 2 433 cas de dengue hémorragique dont 13 sont décédés. Les États d'Amazonas, d'Aragua, de Lara, Mérida, Miranda, Táchira et Trujillo ont signalé des taux de morbidité dépassant la moyenne nationale. Le nombre des cas de dengue a augmenté de 28 % et la dengue hémorragique de 93 % au cours de la semaine qui s'est terminée le 16 juillet par rapport à la semaine précédente. La dengue de type 4 a été le sérotype prédominant. Les mesures de lutte comprennent l'information du public ainsi que l'épandage d'insecticide et le traitement des gîtes larvaires des vecteurs.

FIÈVRE JAUNE — PÉROU

Une flambée de fièvre jaune a causé 440 cas de la première semaine de janvier 1995 à la première semaine de juillet 1995, représentant un taux d'incidence global de 1,87 pour 100 000 habitants. Sur les 440 cas, 169 (38,4%) sont décédés. Le nombre hebdomadaire de cas était de 10 à 20 au cours des 4 premiers mois de l'année le 21 mai, et diminuant ensuite rapidement (Figure 1). Un seul cas a été signalé au cours de la semaine qui s'est achevée le 9 juillet, et les 9 cas signalés pendant la quinzaine précédente étaient disséminés dans quatre districts du département de Huánuco, trois districts du département de Junín, et un district de celui de San Martín. Aucun cas de transmission urbaine n'a été documenté.

Source: *Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS, Vol 70, n° 32, 1995.*

Figure 1
Cas de fièvre jaune, Pérou, janvier-juillet 1995



Pour recevoir le Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC), qui présente des données pertinentes sur les maladies infectieuses et les autres maladies dans le but de faciliter leur surveillance, il suffit de s'y abonner. Un grand nombre des articles qui y sont publiés ne contiennent que des données sommaires, mais des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès des sources mentionnées. Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social ne peut être tenu responsable de l'exactitude, ni de l'authenticité des articles. Toute personne travaillant dans le domaine de la santé est invitée à collaborer (dans la langue officielle de son choix); la publication d'un article dans le RMTC n'en empêche pas la publication ailleurs.

Conseiller scientifique :	D[r] J. Spika	(613) 957-4243
	Dr F. Ashton	(613) 957-1329
Rédactrice en chef :	Eleanor Paulson	(613) 957-1788
Rédactrice adjointe :	Nicole Beaudoin	(613) 957-0841
Éditique :	Joanne Regnier	

Pour soumettre un article, veuillez vous adresser à la Rédactrice en chef, Laboratoire de lutte contre la maladie, Pré Tunney, Ottawa (Ontario) K1A 0L2.

Pour vous abonner à cette publication, veuillez contacter :

Groupe Communication Canada - Édition	N° de téléphone :	(819) 956-4802
Ottawa (Canada) K1A 0S9	Télécopieur :	(819) 994-1498